附件2

资格复审委托书

委托人： ，性别： ，身份证号码：

被委托人： ，性别： ，身份证号码：

本人因故不能参加定安县2023年卫生系统事业单位工作人员资格复审，特委托 同志全权代为进行此次事业单位招聘资格复审，对被委托人所提交的材料以及在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，并承担相应法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

 委托人（签字并按手印）：

 年 月 日